

Teil III Tarife ASZ/SB10, ASZ/SB15, ASZ/SB20, ASZ/SB25, ASZ/SB30

Krankheitskostentarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

ASZ

Die Tarife ASZ/SB10, ASZ/SB15, ASZ/SB20, ASZ/SB25, ASZ/SB30 gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)
Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1.1 Der Erstattungsprozentsatz beträgt für

- 1.1.1 ambulante Heilbehandlung und gezielte Vorsorgeuntersuchungen
- 1.1.2 stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus im Ein- oder Zweibettzimmer und Krankentransport aus dem Ausland
- 1.1.3 zahnärztliche Behandlung

100 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages.

1.1.4 Zahnersatz sowie Zahn- und Kieferregulierung

70 % bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.750 EUR.

Für den 2.750 EUR übersteigenden Teil des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages beträgt der Erstattungsprozentsatz 50. Dieser erhöht sich auf 70 %, sofern dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahmen vorgelegt wird und vom Versicherer nach unverzüglicher Prüfung hierzu eine Leistungszusage erteilt wurde.

Der Versicherer verpflichtet sich zur unverzüglichen Prüfung des vorgesehenen Heil- und Kostenplanes.

1.2 Von den tariflichen Leistungen gemäß 1.1.1 bis 1.1.4 wird ein Selbstbehalt abgezogen. Dieser beträgt im

Tarif ASZ/SB10	350 EUR
Tarif ASZ/SB15	750 EUR
Tarif ASZ/SB20	1.250 EUR
Tarif ASZ/SB25	2.000 EUR
Tarif ASZ/SB30	2.700 EUR.

Der Selbstbehalt gilt je Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung während des 2. Quartals, so ermäßigt sich für das erste Kalenderjahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im 3. oder 4. Quartal jeweils um ein weiteres Viertel.

Erfolgt bei stationärer Behandlung eine unmittelbare Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus, z.B. bei Verwendung der Card für Privatversicherte, hat der Versicherungsnehmer einen noch offenen Selbstbehalt durch Zahlung an den Versicherer auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag noch nicht möglich ist.

2 Erläuterungen zum Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

2.1 Ambulante Heilbehandlung

2.1.1 Erstattungsfähig sind die Kosten ambulanter Heilbehandlung und gezielter Vorsorgeuntersuchung, soweit sie nach einer geltenden Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten, außerdem die Sachkosten, die Kosten für Arzneien, Verband-, Heilmittel sowie orthopädische Bedarfsartikel und Hilfsmittel in einfacher Ausführung - wie z.B. Brillen, Hör- und Sprechgeräte, Krankenfahrstuhl, orthopädische Stützapparate, künstliche Glieder -, ferner Transporte vom Unfallort. Die Kosten für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus sind bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit ebenfalls erstattungsfähig.

2.1.2 Vorsorgeuntersuchungen

Abweichend von § 1 Abs. 2b) Teil I erstreckt sich der Versicherungsschutz auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

2.1.3 Hebammenkosten

Hebammenkosten werden auch bei Entbindungen im Hause erstattet.

2.1.4 Psychotherapie

Für Psychotherapie werden Leistungen für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr gezahlt, wenn die Behandlung von Ärzten ausgeführt oder von ihnen angeordnet und überwacht wird, oder von in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt wird.

2.1.5 Arzneimittel

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel, Medizinalweine, Mineralwässer, Badesätze, Desinfektions- und Hausmittel.

Als Arzneimittel gelten jedoch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

2.1.6 Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten nicht sanitäre Bedarfsartikel und medizinische Heilapparate.

2.1.7 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für Schutzimpfungen, soweit es sich um staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Hepatitis, Diphtherie, Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zeckenschutzimpfung), Typhus, Malaria, Gelbfieber und Cholera handelt.

2.1.8 Lern- und Erziehungsschwierigkeiten

Keine Leistungspflicht besteht für Aufwendungen für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten.

2.2 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

2.2.1 Erstattungsfähig sind die Kosten stationärer Heilbehandlung im Krankenhaus, die nach dem Tarif des Krankenhauses üblicherweise berechnet werden, sowie Arztkosten, soweit sie nach einer Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten, ferner notwendige Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus.

2.2.2 Entbindungsheime

Bei Entbindungen und Fehlgeburten in Entbindungsheimen werden die für Krankenhausbehandlung vorgesehenen Leistungen gezahlt.

2.2.3 Neugeborene

Soweit Kosten für die Unterbringung eines gesunden Neugeborenen im Krankenhaus oder Entbindungsheim entstehen, sind diese im Rahmen der Versicherung der Mutter mitversichert.

2.2.4 Bundeswehrkrankenhäuser

Bundeswehrkrankenhäuser gelten als Krankenhäuser im Sinne von § 4 Abs. 4 Teil I.

2.3 Entziehungsmaßnahmen

Abweichend von § 5 Abs. 1b) Teil I wird bei der ersten Entziehungsmaßnahme ein Kostenzuschuß in Höhe der tariflich vereinbarten Leistungen gewährt, wenn der Versicherer diesen vor Beginn der Maßnahme schriftlich zugesagt hat. Die Zusage kann von einer Begutachtung über die Erfolgsaussichten durch einen vom Versicherer bestimmten Arzt abhängig gemacht werden. Bei einer stationären Entziehungsmaßnahme sind nur die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

Sofern die versicherte Person einen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung hat, sind diese Leistungen vorrangig in Anspruch zu nehmen.

2.4 Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten zahnärztlicher Behandlung, Vorsorgeuntersuchung, Zahnrontgen, professioneller Zahnreinigung zweimal je Kalenderjahr nach Ziffer 1040 der geltenden Gebührenord-

nung für Zahnärzte, Zahnersatz und kieferorthopädischer Behandlung, soweit sie nach einer geltenden Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Stiftzähne) einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahns) sowie die hiermit in Zusammenhang stehende Vor- und Nachbehandlung und die wiederherstellenden Maßnahmen.

Kosten der zahntechnischen Laborarbeiten sind bis zu einem angemessenen Preis erstattungsfähig. Die jeweiligen Beträge, bis zu denen von einem angemessenen Preis ausgegangen wird, können beim Versicherer erfragt werden. Sie werden jeweils bei der Prüfung eines Kostenvoranschlages mitgeteilt.

Die tariflichen Leistungen sind im ersten Jahr nach Beginn der tariflichen Leistungspflicht auf 500 EUR, im zweiten Jahr auf 1.000 EUR, im dritten Jahr auf 1.500 EUR und im vierten Jahr auf 2.000 EUR begrenzt. Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten vier Jahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Wird bei Antragstellung ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, können die Begrenzungen in den ersten vier Jahren erlassen werden, sofern sich aus dem Befundbericht keine Behandlungsbedürftigkeit ergibt.

2.5 Krankentransport/Überführung aus dem Ausland
Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransport aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

Erstattungsfähig sind außerdem die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattung am Sterbeort im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise, höchstens jedoch 11.000 EUR.

2.6 Entbindungspauschale

Bei einer Entbindung kann anstelle der Erstattung der im Zusammenhang mit der Entbindung entstandenen Kosten die Zahlung einer Pauschale von 1.375 EUR gewählt werden.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.